

宣肺解痉止咳法治疗感染后咳嗽 40 例临床观察

王蓓娟

(上海交通大学医学院苏州九龙医院, 江苏苏州 215021)

摘要 目的:观察宣肺解痉止咳中药组方治疗感染后咳嗽的疗效。方法:将 80 例感染后咳嗽患者随机分为治疗组和对照组各 40 例。治疗组采用宣肺解痉止咳方治疗并随证加减,对照组采用西药(复方甲氧那明胶囊)治疗,2 组疗程均为 7d。观察并比较 2 组患者临床疗效及治疗前后咳嗽症状积分,并观察不良反应。结果:治疗后治疗组临床疗效明显高于对照组。2 组治疗后日、夜间咳嗽症状评分均明显低于治疗前,治疗组改善程度优于对照组。2 组均未见明显不良反应。结论:宣肺解痉止咳中药组方治疗感染后咳嗽疗效确切。

关键词 咳嗽 宣肺解痉止咳 中药复方

中图分类号 R256.110.5

文献标识码 A

文章编号 1672-397X(2014)11-0029-02

近年来,笔者以宣肺解痉止咳法治疗感染后咳嗽(PIC),临床疗效良好,现将结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2012 年 1 月~2013 年 6 月间本院呼吸内科门诊就诊的感染后咳嗽患者共 80 例,采用随机数字表法分为治疗组和对照组各 40 例。治疗组男 22 例,女 18 例;年龄 19~65 岁,平均年龄(36.3±13.0)岁;病程 3~8 周,平均病程(4.7±1.3)周。对照组男 24 例,女 16 例;年龄 20~60 岁,平均年龄(34.6±10.9)岁;病程 3~8 周,平均病程(5.0±1.8)周。2 组患者性别、年龄、病程等一般情况比较差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 符合中华医学会呼吸病学分会哮喘学组修订的《咳嗽的诊断与治疗指南》^[1]中 PIC 的诊断标准。起病前有上呼吸道感染症状,急性期症状已消失;咳嗽迁延不愈,呈刺激性干咳或咯少量白痰,持续 3~8 周;胸部 X 线摄片无明显异常。

1.3 纳入标准 所有入选病例均符合上述诊断标准,年龄 18~70 周岁,男女不限,愿意按本方案治疗并能按时复诊。

1.4 排除标准 有支气管哮喘、慢性支气管炎、支气管扩张等慢性呼吸系统疾病史者;有慢性心力衰竭病史或合并其他系统严重原发病者;其他原因引起咳嗽者(上气道咳嗽综合征、胃食管反流性咳嗽、血管紧张素转换酶抑制剂相关性咳嗽等);妊娠或哺乳期妇女;对治疗药物有过敏史者。

2 治疗方法

2.1 治疗组 予宣肺解痉止咳方化裁,中药材由本

院中药房提供。处方:炙麻黄 6g,杏仁 10g,桔梗 6g,射干 10g,牛蒡子 15g,前胡 10g,白前 10g,苏子叶(各)10g,僵蚕 10g,石韦 10g,苦参 10g,生甘草 3g。并根据患者咳嗽、咯痰症状及舌苔、脉象等临证加减:痰多色黄者加黄芩 10g、桑叶皮(各)15g;久咳伴气促者,加诃子 6g,去麻黄;咽干痰少舌红者,加紫菀 10g、款冬花 15g。以上药物以智控煎药机 ZKJ-1A10 代煎,每包加水 500mL 煎至 150mL,日服 2 次。

2.2 对照组 采用西医常规治疗:复方甲氧那明胶囊(阿斯美,上海三共制药有限公司,国药准字 H20033669)口服,2 粒/次,3 次/d。

2 组疗程均为 1 周,治疗 1 周后进行疗效评估。

3 疗效观察

3.1 观察指标 (1)咳嗽症状评分:分别统计日间咳嗽症状评分与夜间咳嗽症状评分^[1]。日间咳嗽症状评分:0 分为无咳嗽;1 分为偶有短暂咳嗽;2 分为频繁咳嗽,轻度影响日常活动;3 分为频繁咳嗽,严重影响日常活动。夜间咳嗽症状评分:0 分为无咳嗽;1 分为入睡时短暂咳嗽或偶有夜间咳嗽;2 分为因咳嗽轻度影响夜间睡眠;3 分为因咳嗽严重影响夜间睡眠。2 组于治疗前后各评分 1 次。(2)中医症状积分:参照《中药新药临床研究指导原则》^[2]对咳嗽严重程度、咳嗽频次、咽痒、咯痰等症状进行评分,按严重程度分为“无、轻、中、重”4 个等级,分别对应 0、1、2、3 分。2 组于治疗前后各评测 1 次。(3)安全性检测:观察治疗期间 2 组患者有无不良反应,并行实验室检查,包括血常规、尿常规、大便常规、肝肾功能。

3.2 疗效标准 采用尼莫地平法计算中医症状积分疗效指数以判定临床疗效。疗效指数=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分 $\times 100\%$ 。临床治愈:疗效指数 $\geq 95\%$;显效:疗效指数 $\geq 70\%$;有效:疗效指数 $\geq 30\%$;无效:疗效指数 $< 30\%$ 。

3.3 统计学方法 采用 SPSS12.0 统计软件进行数据分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 t 检验;计数资料采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2 组治疗前后咳嗽评分比较 见表 1。

表 1 治疗组与对照组咳嗽症状评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	例数	时间	日间咳嗽症状评分	夜间咳嗽症状评分
治疗组	40	治疗前	2.23 $\pm$ 0.77	1.92 $\pm$ 0.73
		治疗后	1.25 $\pm$ 0.84 ^{*Δ}	1.18 $\pm$ 0.68 ^{*Δ}
对照组	40	治疗前	2.12 $\pm$ 0.88	2.05 $\pm$ 0.68
		治疗后	1.65 $\pm$ 0.89 [*]	1.58 $\pm$ 0.75 [*]

注:与本组治疗前比较,^{*} $P < 0.05$;与对照组治疗后比较, ^{Δ} $P < 0.05$ 。

3.4.2 2 组临床疗效比较 见表 2。

表 2 治疗组与对照组临床疗效比较($\bar{x} \pm s$) 例

组别	例数	临床治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	40	8(20.0%)	15(37.5%)	10(25.0%)	7(17.5%)	82.5 ^{Δ}
对照组	40	6(15.0%)	13(32.5%)	6(15.0%)	15(37.5%)	62.5

注:与对照组比较, ^{Δ} $P < 0.05$ 。

3.5 不良反应 2 组患者治疗前后肝功能和血、尿、粪常规均无明显异常变化。

4 讨论

感染后咳嗽(post-infectious cough, PIC)见于呼吸道感染的急性期症状消失后,咳嗽迁延不愈,可持续 3~8 周,以刺激性干咳或咳少量白色黏液痰为主要表现,X 线胸片等辅助检查往往正常。病毒、细菌、支原体和衣原体等均可引起感染后咳嗽,因咳嗽影响工作及生活者可以予镇咳药、抗组胺药、减充血剂等治疗,无细菌或支原体、衣原体等感染依据者不必使用抗生素。感染后咳嗽病理、生理机制目前仍不明确,可能与气道炎症、气道高反应及神经因子相关^[3],虽然具有自限性,但部分患者咳嗽迁延不愈,影响患者日常工作和生活,目前西医仍缺乏满意的治疗方案。复方甲氧那明胶囊为由 β 受体激动剂、氨茶碱、外周性止咳药及抗过敏药共同组成的复方制剂,针对上述感染后咳嗽的多种病理机制,能有效缓解支气管平滑肌收缩引起的痉挛性咳嗽,但其同时对中枢神经系统及心血管系统具有较弱的不良影响,故心脑血管患者慎用。中医以辨证论治为基础,在咳嗽的治疗中具有较好的疗效及优势。

感染后咳嗽有明确的呼吸道感染病史,属传统

医学“外感咳嗽”“顽咳”“痉咳”“久咳”范畴。“风为百病之长”,风邪常兼“寒、湿、燥、热”等诸邪合而致病,为外邪致病的先导。《素问·太阴阳明论》曰:“伤于风者,上先受之。”肺为娇脏,位于上焦,易于受风邪侵袭。初起治疗不当或失治误治,风邪留恋,风寒郁久化热,伤津耗液,肺失宣肃,肺气上逆而久咳不愈,多可见咽痒、干咳、顿咳等风邪特征。其表证多半已解,故与风寒、风热、风燥等外感咳嗽治疗不完全相同,其病机在于风邪束肺、肺失宣降,宣肺解痉止咳是本病治疗原则。本研究以麻黄、杏仁、甘草,即三拗汤,为宣肺疏风止咳之基本方;配以桔梗、牛蒡、射干以清热利咽止痒;白前胡及苏子叶联合共奏宽胸理气化痰止咳之效;并针对感染后咳嗽患者多伴随气道高反应,咳嗽阈值较低,以干咳痉挛性咳嗽为主,予以苦参、僵蚕及石韦解痉平喘止咳。现代药理研究显示,苦参提取物可减少致敏小鼠支气管-肺泡灌洗液中嗜酸性粒细胞绝对数,减少肺组织病理中的炎症细胞的浸润,有效抑制气道高反应性和炎症反应^[4]。石韦可调节免疫亢奋小鼠免疫功能,减轻机体对同种异基因皮片移植的排斥反应,对过敏反应引起的上呼吸道炎症具有治疗作用^[5]。僵蚕水提液可减轻哮喘豚鼠肺内局部炎性反应,减少炎症细胞因子的浸润,具有解痉平喘、缓解气道痉挛的作用^[6]。

本研究结果显示,2 组治疗后咳嗽症状积分均有改善,宣肺解痉止咳方治疗组改善更为明显,中医证候疗效评价治疗组优势显著,值得临床推广运用。

5 参考文献

- [1] 中华医学会呼吸病学分会哮喘学组. 咳嗽的诊断与治疗指南(2009 版). 中华结核和呼吸杂志, 2009, 32(6): 407
- [2] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行). 北京: 中国医药科技出版社, 2002; 26, 349
- [3] 叶新民, 刘春丽, 钟南山, 等. 感染后咳嗽及其神经源性炎症机制研究进展. 中华哮喘杂志(电子版), 2010, 4(5): 317
- [4] 周琴, 孙建刚. 氧化苦参碱对致敏小鼠气道高反应性和炎症的影响. 中药药理与临床, 2009, 25(1): 21
- [5] 贾永芳, 李莉, 张彤, 等. 石韦对小鼠免疫功能及异基因皮片移植排斥的抑制作用. 四川动物, 2011, 30(2): 261
- [6] 曾建辛, 蔡小静, 黄泽青. 僵蚕水提液对哮喘豚鼠引喘潜伏期及其行为学评分的影响. 中医临床研究, 2012, 4(17): 34, 36

第一作者: 王蓓娟(1979-), 女, 医学硕士, 主治医师, 中医内科学专业呼吸系统疾病研究方向. lotus7377@163.com

收稿日期: 2014-07-22

编辑: 吴 宁